

Perianal Fistülde Ameliyat Yönteminin Nüks ve İnkontinens Üzerine Etkisi

Effect of Surgery Method on the Recurrence of Perianal Fistulas and Incontinence

ELİF ÇOLAK, NURAYDIN ÖZLEM, SADIK KEŞMER, GÜLTEKİN OZAN KÜÇÜK, RECEP AKTİMUR
Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği, Samsun - Türkiye

ÖZET

Amaç: Perianal fistül cerrahisi sonrası en ciddi komplikasyonlar nüks ve/veya inkontinens gelişmesidir. Hastanemizde nüks perianal fistül nedeniyle ameliyat ettiğimiz olguların analizi ile ameliyat yönteminin nüks ve inkontinens üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem: Ocak 2012-Mayıs 2014 tarihinde perianal fistül nedeniyle ameliyat ettiğimiz 90 hasta dosya ve bilgisayar kayıtlarından tespit edilerek muayene için hastaneye çağrıldı. Demografik özellikler, geçirilmiş cerrahi müdahaleler, ek hastalıklar, nüks oranları, ameliyat öncesi ve sonrası Wexner inkontinens skoru farkı (WISF) kaydedildi.

Bulgular: Hastaların 68' i (%76) erkek, 22' si (%24) kadın, yaş ortalaması 43.9 (min 18-maks 81) idi. Otuzüçü basit (%36.7), 57 si (%53.3) komplike fistülden

ABSTRACT

Objective: Recurrence and incontinence are the most serious complications after perianal fistulas surgery. We aimed to investigate the effect of surgery method on recurrence and incontinence.

Method: A total of 90 patients with fistula-in-ano between January 2012 and May 2014 at Samsun Education and Research Hospital were retrospectively analyzed. Demographics, past-surgical history, co-morbidities, recurrence rates, the difference between pre- and post-surgical Wexner Incontinence Scores (DWIS) were all evaluated.

Results: The study involved 90 patients (22 female, 68 male) with anal fistula whose average age was 43.9 years (range: 18-81). 30 of 57 patients who had complex anal fistula underwent LIFT. (8 core out fistulectomy (COF),

Başvuru Tarihi: 03.07.2015, Kabul Tarihi: 16.07.2015

Dr. Elif Çolak

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi,

Genel Cerrahi Kliniği, Samsun -Türkiye

Tel: 0362.3111500-6404

e-mail: elifmangancolak@hotmail.com

Kolon Rektum Hast Derg 2015;25:91-95

oluşmaktaydı. Hastaların 30'una fistül traktının intersfinkterik alanda bağlanması (LIFT), 19'una seton, 8'ine core out fistülektomi (COF), 33'üne de fistülotomi yöntemleri uygulanmıştı. İzlem süresi ortalaması ise 11,4 (3-32) aydı. Fistülotomi grubunda 1 (%3), COF grubunda 1 (%12.5), seton grubunda 4 (%21.1), LIFT uygulanan grupta 8 (26.7) hastaya daha önce anal fistül cerrahisi uygulanmış, nüks olarak gelmişlerdi. Kliniğimizde ameliyat edildikten sonra nüks eden hasta sayısı 19 (%21.1) idi. LIFT grubunda 3 (%10), fistülotomi hastalarında 5 (%15.2), COF grubunda 6 (%75) ve seton grubunda 5 (%26.3) hastada nüks saptandı. COF grubunda nüks oranı LIFT grubundan daha fazla idi ($p=0.001$). LIFT ile seton ve fistülotomi grupları arasında nüks açısından fark bulunmadı ($p=0.233$, $p=0.714$). WISF bakıldığında fistülotomi grubu ile LIFT grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0,083$). LIFT grubunda seton ve COF grubuna nazaran WISF farkı anlamlı düzeyde düşük idi ($p<0.001$, $p=0.023$). **Sonuç:** Kompleks fistüllerde; klasik cerrahi metodlara göre sfinkter koruyucu bir yöntem olan LIFT'in inkontinens oranının anlamlı olarak daha iyi, başarı oranının yüksek olduğu görüldü.

Anahtar kelimeler: Anal fistül, İnkontinens, Cerrahi

Giriş

Anal fistül Hipokrat'tan bu zamana kadar bilinen, tedavi arayışları süren bir hastalık olmasına rağmen, tedavide tam anlamıyla başarı sağlanmış değildir. Her dönemde yeni teknikler tanımlanmış fakat cerrahlar, fistül tedavisi, sfinkter koruma, maliyet ve hasta memnuniyeti döngüsü içinde seçim yapmak zorunda kalmıştır. Sfinkter koruyucu yöntemlerde nüks artmış, nüksü azaltan yöntemlerde ise sfinkter fonksiyonlarında azalma görülmüştür. Cerrahi tedavi sonrası hasta memnuniyeti fistül nüksü, inkontinens ve inkontinensin hastanın yaşam kalitesinde yaptığı olumsuz etkiye bağlanmaktadır.¹ Gelişen teknolojik imkanlar ile beraber, anal fistül cerrahisinde yeni teknikler tarif edilmiştir. Buna rağmen cerrahlar konvensiyonel yöntemlerden vazgeçememektedir.²

Cerrahi teknik seçimindeki en önemli ölçüt; seçilen tekniğin yüksek oranda anal sfinkteri koruyabilmesidir. Yeni bir teknikte sfinkterin korunması dışında aranan en önemli özellik ise, uygulamanın nüks etmesi

19 seton procedure). Furthermore, 33 of the patients who had simple fistula were treated by fistulotomy. The follow-up period for LIFT group was 14.3 months (range: 3-32).In fistulotomy group 1 (3 %), in COF group 1 (12.5 %), in seton group 4 (21.1 %) and in LIFT group 8 (26.7%) patients had anal fistula surgery history. In follow-up, 19/90 (21.1%) patients recurred.In LIFT group 3 (10%), in fistulotomy group 5 (15.2%), in COF group 6 (75%) and in seton group 5 (26.3%) patients had recurrence. Recurrence rate in the COF group was higher than the LIFT group ($p = 0.001$). There was no difference in recurrence between fistulotomy groups compared seton and LIFT groups ($p = 0.233$, $p = 0.714$).There was no statistically significant difference between fistulotomy and LIFT groups for DWIS ($p = 0.083$).In the LIFT group compared setone and COF was significantly lower DWIS ($p <0.001$, $p = 0.023$). **Conclusion:** In our experience, LIFT method seems easy to perform with better incontinence rate and healing results when compared with conventional methods for complex fistulas.

Key words: Anal fistula, Incontinence, Surgery

durumunda uygulanan tekniğin tekrarlanabilmesine ya da farklı bir tekniğin uygulanmasına izin verebilmesidir. Basit fistüllerde tedavi kolay, nüks ihtimali ve inkontinens oranları düşüktür. Fakat kompleks fistüllerin tedavisi zor olmaktadır. Kompleks fistüllerin sfinkterlerle olan ilişkisi inkontinens riskini arttırmaktadır. Bu sebeplerden dolayı kompleks anal fistüllerin tedavisinde sfinkter koruyucu cerrahi yöntemler geliştirilmiştir. Fistül plug, fibrin yapıştırıcı, endorektal ilerletme flebi, kök hücre, Laser ablation of Fistula Tract (LAFT) ve Ligation of the Intersphincteric Fistula Tract (LIFT) sfinkter koruyucu yöntemlerdir.³

Amaç

Bu çalışmada hastanemizde perianal fistül nedeniyle ameliyat ettiğimiz hastaları analiz edilip, fistül cerrahisinde uygulanan farklı yöntemlerin nüks ve inkontinans üzerine etkisini araştırmayı amaçladık.

Materyal Metod

Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Cerrahi Kliniği'nde Ocak 2012 - Mayıs 2014 yılları arasında perianal fistül hastalığı nedeniyle opere edilen Ağustos 2014 tarihine kadar en az 3 aylık takibi bulunan 106 hasta retrospektif olarak incelendi. Hastalar arşiv, poliklinik ve otomasyon kayıtlarıyla incelenip, telefon görüşmeleri sonrasında kontrole çağırıldılar. Çalışmanın amacı anlatılarak hastalardan onay alındı.

Bir hasta fistül dışı sebepten vefat ettiğinden, birer hasta tüberküloz, crohn, rektovajinal fistül hastası olduğundan, 5 hasta iletişim bilgilerini değiştirdiğinden ve 3 hasta çalışmaya katılmayı kabul etmediğinden dolayı çalışma dışı kaldı. Çalışma şartlarını 94 hasta sağlayabildi. Fibrin yapıştırıcı ve fistül plug grubunda ikişer hasta mevcuttu, bu gruplardaki hasta sayısı az olduğundan bu 4 hastanın verileri istatistiklere katılmadı. Toplam 90 hasta ile çalışmanın verileri oluşturuldu. Hastaların demografik verileri, fistülün tekrarlayıp tekrarlamadığı, kayıt altına alındı. Hastalar inkontinens açısından Wexner-Cleveland Klinik İnkontinens dereceleme anketi ile değerlendirildi. Ameliyat öncesi ve sonrası kontinens sorgulanarak, öncesi ve sonrası arasındaki Wexner inkontinens skoru farkı (WİSF) kayıt altına alındı.

İstatistiksel değerlendirme SPSS 15.0 for Windows programı kullanılarak yapıldı. Parametrik veriler bağımsız gruplarda t-testi ile parametrik olmayan veriler Mann-Whitney U testi ile bağımsız değişkenler arasındaki farklar ki-kare testi kullanılarak değerlendirildi. P değeri <0.05 ise istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Bulgular

Çalışmaya alınan 90 hastanın 68'i (%76) erkek, 22'si (%24) kadın, yaş ortalaması 43.9 (min 18-maks 81) idi. Gruplar arasında cinsiyet ve yaş açısından istatistiksel olarak fark yoktu ($p=0.47$, $p=0.70$). İzlem süresi ortalaması ise 14.3 (3-32) aydı. Hastaların 30'una LIFT, 19'una seton, 8'ine core-out fistülektomi (COF), 33'üne de fistülotomi yöntemleri uygulanmıştı. Kompleks fistüllere; LIFT, COF ve seton yöntemleri, basit fistüllere fistülotomi yöntemi uygulanmıştı. Hastalar basit ve kompleks fistül olarak ayrıldığında; 33'ü (%36.7) basit fistül, 57'si (%53.3) komplike fistülden oluşmaktaydı. Basit fistüllere fistülotomi uygulandı. Kompleks fistüller ise LIFT, seton ve COF yöntemleri ile tedavi edildiler (Tablo 2). Hastalardan 14'ü (%15.6)'ı ise nüks fistül olarak gelmiş ikinci fistül cerrahisi uygulanmıştı.

Fistülotomi grubunda 1 (%3), COF grubunda 1 (%12.5), seton grubunda 4 (%21.1), LIFT uygulanan grupta 8 (26.7) hastaya daha önce anal fistül cerrahisi uygulanmış, nüks olarak gelmişlerdi. Kliniğimizde ameliyat edildikten sonra nüks eden hasta sayısı ise 19 (%21.1) idi. LIFT grubunda 3 (%10), fistülotomi hastalarında 5 (%15.2), COF grubunda 6 (%75) ve seton grubunda 5 (%26.3) hastada nüks saptandı. Nüks yönünden COF ve LIFT grubu arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.001$). Nüks oranları, seton ve fistülotomi grubuna göre LIFT grubunda daha az, iyileşme oranı daha yüksek olmasına rağmen istatistiksel olarak fark bulunmadı ($p=0.233$, $p=0.714$).

Tablo 1.

| | |
|--------------------|--|
| Basit fistüller | Aşağı seviye fistüllerdir (yüzeysel-submüköz, aşağı- inter ya da transsfinkterik). Tek dış delik bulunur, komşu organlarla ilişkisi yoktur, rektal stenoz veya makroskopik proktit yoktur. |
| Kompleks fistüller | Yüksek seviye fistüllerdir (yüksek intersfinkterik, suprasfinkterik veya ekstrasfinkterik, yüksek transsfinkterik, EAS'ın üst üçte ikisi). Birden fazla dış delik bulunabilir, perianal apse vardır veya vajen mesane gibi komşu organlarla ilişkilidir ya da rektal stenoza yol açmıştır. |

Tablo 2.

| Fistül tipi | Ameliyat Yöntemi | | Total | Yüzdelerik Dilim |
|--------------|------------------|-------------|-------|------------------|
| | | | N | |
| Basit | | Fistülotomi | 33 | (%36.7) |
| | Total | | 33 | (%36.7) |
| Kompleks | | COF | 8 | (%8.9) |
| | | LIFT | 30 | (%33.3) |
| | | Seton | 19 | (%21.1) |
| | Total | | 57 | (%63.3) |
| Genel Toplam | | | 90 | (%100) |

Çalışmada 31 (%34.4) hasta obez grubunda, 29 (%32.2) hasta da sigara bağımlıydı. Obezitenin ve sigara içmenin nüks üzerinde anlamlı bir etkisi tespit edilmedi ($p=0.995$, $p=0.973$) Toplam hasta popülasyonunda inkontinens problemi 30 (%33.3) hastada gerçekleşmişti. Tam inkontinens gelişen hasta olmadığı gibi, sadece 2 hastada ayda 1 den az olmak üzere katı gaita inkontinensi mevcuttu. Genel hasta popülasyonunda WISF ortalaması 1,46 idi. Hasta gruplarında ise LIFT'de 4 (%13.3), fistülotomide 10 (%30, WISF;0-10), COF'da 8 (%100, WISF;3-15), seton grubunda ise 8 (%42, WISF;0-6) hastada WISF gelişmişti. Gruplar arası WISF değerlendirildiğinde; basit fistüllere uygulanan fistülotomi grubu ile LIFT grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu ($p=0.083$). LIFT grubunda seton ve COF grubuna nazaran WISF farkı anlamlı düzeyde düşük idi ($p<0.001$, $p=0.023$).

Tartışma

Anal fistül basit bir fistülotomi işlemi ile tedavi edilebileceği gibi, tedaviye dirençli vakalarda, Chron hastalarında stoma açmak, proktektomi yapmak dahi gerekebilmektedir.⁴ Tedavi arayışlarının devam etmesiyle beraber son 10 yılda fistül tedavisine LIFT, LAFT, video-assisted ana fistula treatment (VAAFT) gibi yeni cerrahi teknikler eklenmiştir.² İdeal tedavi üç temel kritere dayanmaktadır. Anal bölgedeki enfeksiyonun kontrol altına alınması, fistülün kapatılması ve kontinensin korunması.⁵ Fistül cerrahisinde başarı oranları, uygulanan tekniğe göre çok geniş aralıkta seyretmektedir. Sfinkter koruyucu yöntemlerde bu başarı; %16 dan % 95'e kadar değişebilmektedir.⁶⁻⁷ Çalışmalarda, mukozal ilerletme flebinde %62-87, fibrin yapıştırıcıda %16-60, LIFT'da %40-95 arasında başarı oranları bildirilmiştir.⁷⁻⁸ Drenaj setonu basit bir teknik olmasına rağmen tedavi 3-9 ay sürmektedir.⁹ Setonla fistül tedavisi yüzyıllardır kullanılmaktadır. Tek başına kesici seton olarak uygulanabileceği gibi, sfinkter koruyucu yöntemlerde yardımcı, gevşek seton olarak fistül traktının belirlenmesi, fibrozis oluşturma amacıyla da kullanılabilir.¹⁰ Bizim çalışmamızda LIFT, COF gruplarında ameliyat öncesi seton uygulaması yapılmamıştı. Çalışmamızda fistül nedeniyle yapılan operasyonların genel nüks oranı kompleks fistüllerde

%24.6 idi. En düşük nüks oranı (%10) LIFT gurubunda, en yüksek nüks oranı ise %75 ile COF gurubunda idi. Yassin ve ark. 6 makalesinde, 13 makalenin LIFT için başarı oranları %40-%95 arasında değişkenlik göstermektedir. Ortalama havuz başarı oranı ise %71 olarak belirtilmiştir. LIFT yapılan hastalardaki başarı oranımız (%90) literatürde verilen ortalama değerlerinde üzerinde idi. COF gurubunda nüksün yüksek olmasını cerrahi teknikteki eksikliklere ve hasta sayısının az olmasına bağlıyabiliriz. Daha önce geçirilmiş fistül cerrahisi öyküsünün, nüksü üzerine etkisini belirten iki zıt fikirli çalışma mevcuttur. Çalışmalardan biri; fistül cerrahisi geçirmiş olmanın hiçbir etkisinin olmadığını, diğeri ise negatif etkili olabileceğini savunmaktadır.¹¹⁻¹² Bizim çalışmamızda ise geçirilmiş fistül cerrahisi öyküsünün, nüks üzerine herhangi bir etkisi tespit edilmemiştir ($p=0.621$). Çalışmada nüks üzerine sigara ve obezitenin de etkisi olmadığı gibi en önemli faktör cerrahi teknik seçimi gibi görünmektedir. Perianal fistülde cerrahi, daima nüks riski ve anal kontinens bozukluklarını beraberinde getirmektedir. Fistül tedavisi sonrası gerçek anal inkontinens oranının belirlenmesi güçtür. Bunun nedenleri arasında hasta izleminin yetersiz olması, inkontinens değerlendirmesinin standart olmaması, kötü işlevsel sonuçların hekimler tarafından kayıt edilmemesi ve hastaların utanmaları nedeniyle hekimlere bilgi vermemeleri yer almaktadır.¹³ İnkontinens problemi anal cerrahi öyküsü olmayan, genel popülasyonda bile %0.5 ile %1.5 arasında değişmektedir.¹⁴ Çalışmamızda en az WISF'in geliştiği LIFT de dahi sıfır inkontinensden bahsedemeyiz. Literatürdeki LIFT çalışmalarında minör inkontinensden bahsedilmiş olmakla beraber, bu değerler (%6) pek önemsenmemiş, bir çalışmada ise LIFT sonrası gelişen minör inkontinensin tam iyileşme ile tamamen gerilediği belirtilmiştir.^{6,14}

Sonuç

Fistül tedavisinde nüks ve inkontinens problemi hala tam anlamıyla aşılabilmiş değildir. Seçilen cerrahi teknikler arasında nüks ve inkontinens gelişmesi açısından farklar vardır. Kompleks fistüllerde; klasik cerrahi metodlara göre sfinkter koruyucu bir yöntem olan LIFT'in inkontinens oranının anlamlı olarak daha iyi, başarı oranının da yüksek seviyede olduğu söylenebilir.

Kaynaklar

1. García-Aguilar J, Davey CS, Le CT, Lowry AC, Rothenberger DA. Patient satisfaction after surgical treatment for fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum* 2000;43(9):1206-12.
2. Sheikh P, Baakza A. Management of Fistula-in-Ano-The Current Evidence. *Indian J Surg* 2014;76:482-6.
3. Simpson JA, Banerjea A, Scholefield JH. Management of anal fistula. *BMJ* 2012;345.
4. Lewis RT, Bleier JI Surgical treatment of anorectal crohn disease *Clin Colon Rectal Surg.* 2013;26:90-9.
5. Alasari S, Kim NK. Overview of anal fistula and systematic review of ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT). *Tech Coloproctol* 2014;18:13-22.
6. Yassin NA, Hammond TM, Lunniss PJ, Philips RK. Ligation of the intersphincteric fistula tract in the management of anal fistula. A systematic review *Colorectal Disease* 2013;15:527-35.
7. Mushaya C, Bartlett L, Schulze B, Ho YH. Ligation of intersphincteric fistula tract compared with advancement flap for complex anorectal fistulas requiring initial seton drainage. *Am J Surg* 2012;204:283-9.
8. Hong KD, Kang S, Kalaskar S, Wexner SD. Ligation of intersphincteric fistula tract (LIFT) to treat anal fistula: systematic review and meta-analysis. *Tech Coloproctol* 2014;18:685-91.
9. Sirikurnpiboon S, Awapittaya B, Jivapaisarnpong P. Ligation of intersphincteric fistula tract and its modification: Results from treatment of complex fistula. *World J Gastrointest Surg.* 2013;5:123-8.
10. Shanwani A, Nor AM, Amri N. Ligation of the intersphincteric fistula tract (LIFT): a sphincter-saving technique for fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum.* 2010;53:39-42.
11. Wallin UG, Mellgren AF, Madoff RD, Goldberg SM. Does ligation of the intersphincteric fistula tract raise the bar in fistula surgery? *Dis Colon Rectum* 2012;55:1173-78.
12. Abcarian AM, Estrada JJ, Park J, Corning C, Chaudhry V, Cintron J, *et al.* Ligation of intersphincteric fistula tract: early results of a pilot study. *Dis Colon Rectum* 2012;55:778-82.
13. Enck P, Bielefeldt K, Rathmann W, Purrmann J, Tschöpe D, Erckenbrecht JF. Epidemiology of faecal incontinence in selected patient groups. *Colorectal Dis* 1991;6:143-6.
14. Ooi K, Skinner I, Croxford M, Fragher I, Mcloughlin S. Managing fistula-in-ano with ligation of the intersphincteric fistula tract procedure: the Western Hospital experience. *Colorectal Dis* 2012; 14:599-603.